

DE LA DÉRIVATION COMPLÈTE DU COURS DES MATIÈRES INTESTINALES

APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES

CANCERS DU RECTUM

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Juillet 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ADRIEN LAGUAITE

INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

ANCIEN PROSECTEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

Juillet 1884

DE LA DÉRIVATION COMPLÈTE DU COURS DES MATIÈRES INTESTINALES

APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES

CANCERS DU RECTUM

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Juillet 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ADRIEN LAGUAITE

INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

ANCIEN PROSECTEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

Juillet 1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	} ASSESSEURS.	DOYEN.
BONDET.		
CROLAS.		
MONOYER		

PROFESSEURS ET PROFESSEURS-ADJOINTS

Anatomie.	MM. PAULET.
Physiologie.	MORAT.
Anatomie générale et histologie.	RENAUT.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER (Raymond).
Médecine expérimentale et comparée.	CHAUVEAU.
Chimie minérale.	GLÉNARD.
Chimie organique et toxicologie.	CAZENEUVE.
Physique médicale.	MONOYER.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Pharmacie	CROLAS.
Pathologie interne.	J. TEISSIER
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Hygiène	ROLLET.
Thérapeutique	SOULIER.
Matière médicale et Botanique.	CAUVET.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Médecine opératoire	PONCET.
	LÉPINE.
Cliniques médicales	BONDET.
	RAMBAUD, professeur-adjoint
Cliniques chirurgicales.	OLLIER.
	TRIPPIER (LÉON).
Clinique obstétricale et Accouchements.	BOUCHACOURT.
	DELORE, professeur-adjoint.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.

Professeurs honoraires

MM. DESGRANGES, B. TEISSIER.

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes.	MM. LAROYENNE, chargé du cours.
Clinique des Maladies des Enfants.	PERROUD, chargé du cours.

AGRÉGÉS

MM. BARD	MM. DEBIERRE	MM. PERRET	MM. VINAY	CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ M. CHARPY
BEAUVISAGE	LAURE	POLLOSSON	VINCENT	
BOUVERET	LEVRAT	POULLET		
CHANDELUX	LINOSSIER	SABATIER		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, président; M. GAYET, assesseur; MM. POLLOSSON et SABATIER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554216_0001

INTRODUCTION

L'idée de soustraire un conduit naturel à ses fonctions, dans un but thérapeutique, a reçu de nombreuses applications en chirurgie. Il serait intéressant de réunir dans un même tableau, de grouper dans un travail d'ensemble toutes les interventions se rapportant à ce principe de la dérivation, qu'elle soit définitive ou temporaire, complète ou incomplète, qu'elle porte sur toute l'étendue, ou sur une certaine longueur seulement d'un même canal.

Nous avons pensé un moment à élargir le cadre de notre travail et à faire une étude générale des applications à la chirurgie du principe de la dérivation des canaux naturels ; mais nous avons été arrêté bientôt par l'étendue et le vague d'un pareil sujet.

En effet, bien qu'ayant entre elles le trait d'union d'une idée commune, les interventions chirurgicales,

auxquelles nous faisons allusion, répondent souvent à des indications très différentes.

Tantôt il s'agit d'une opération préliminaire ayant pour but de soustraire provisoirement un organe aux accidents possibles d'une intervention opératoire ; comme lorsqu'on pratique la trachéotomie préventive pour certaines opérations effectuées dans la sphère des premières voies aériennes.

Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, un canal naturel, comprimé, obstrué ou rétréci, ne livre plus passage à son contenu solide, liquide ou gazeux : on crée une voie nouvelle. C'est ainsi qu'on fait la trachéotomie dans le cas de rétrécissement du larynx, la boutonnière pour certains rétrécissements de l'urèthre, l'anus contre nature pour une obstruction intestinale.

Tantôt, on veut s'opposer à l'action mécanique des matières circulant dans le conduit naturel. On a, par exemple, dans les fistules vesico-intestinales établi un anus anormal au-dessus de la fistule, afin d'empêcher les matières fécales d'entretenir l'orifice de communication par leur passage.

Nous pourrions citer d'autres exemples d'opérations analogues correspondant à des indications différentes.

Mais, parmi les buts poursuivis par ce genre d'interventions, nous n'avons jamais rencontré celui que vise d'une façon toute spéciale l'opération qui fait le sujet de notre travail, à savoir : *dériver un conduit naturel pour rendre aseptique une région opératoire.*

Cette idée serait susceptible, croyons-nous, d'autres applications que celle que nous étudierons ici. En ce qui concerne les opérations qui se pratiquent sur le rectum, nous pensons qu'on pourra y avoir recours dans d'autres cas que celui de cancer rectal.

Qu'on nous permette à ce propos la digression suivante. On sait combien depuis quelques années on se préoccupe de l'antisepsie oculaire dans l'opération de la cataracte, quel rôle on attribue dans la pathogénie des complications inflammatoires à l'inoculation par la plaie cornéenne des produits infectieux provenant des sécrétions lacrymale ou conjonctivale. Dans une communication récente à la société de médecine de Lyon, M. le professeur Gayet a insisté sur la nécessité de désinfecter même les fosses nasales ; d'après lui, le microbe phlogogène pourrait pénétrer par la voie du canal et des points lacrymaux, jusque sous le pansement antiseptique qui protège l'œil. Et M. Gayet a souvent exprimé dans son service l'idée qu'il serait utile d'obtenir la fermeture momentanée des points lacrymaux pour assurer les suites immédiates de l'opération.

N'est-ce pas là un exemple remarquable de l'intérêt qu'il peut y avoir à soustraire un conduit naturel à ses fonctions dans le but de permettre une application rigoureuse de l'antisepsie ?

Dans une communication faite le 5 mai 1884 à la Société de médecine de Lyon, M. Maurice Pollosson (1)

(1) *Nouvelle méthode opératoire pour la cure radicale du cancer du rectum*, par Maurice Pollosson. *Lyon médical*. 18 mai 1884.

proposait d'appliquer ce principe de la dérivation antiseptique à la cure radicale du cancer du rectum et de faire précéder, dans certains cas, l'extirpation du rectum d'une opération préliminaire consistant en l'établissement d'un anus contre nature permettant la dérivation complète des matières intestinales.

Cette nouvelle méthode opératoire réaliserait « la transformation d'une tumeur du rectum, nécessitant des opérations dans un milieu inaccessible à la méthode de Lister, en une tumeur du petit bassin dont l'ablation pourra être effectuée avec toutes les ressources du pansement antiseptique. »

La communication de M. Pollosson, très courte et faite à la hâte, ne pouvait renfermer tous les points relatifs à la question. Nous chercherons dans ce travail à traiter le même sujet avec plus de développements, à démontrer que la nouvelle méthode est rationnelle et, dans la limite du possible, à déterminer les cas auxquels elle doit être appliquée. Pour cela, il nous a fallu compiler avec soin les diverses observations d'extirpation du rectum pour cancer. Presque toutes ces observations ont été réunies dans la thèse d'agrégation de M. le D^r Piéchaud (1). Aussi, ce travail consciencieux a-t-il notablement facilité notre tâche.

Pour réaliser la dérivation parfaite des matières intestinales, M. Pollosson a proposé et mis à exécution la fermeture complète du bout inférieur de

(1) *Traitement du cancer du rectum*, Piéchaud Th. d'ag., 1883.

l'intestin dans l'établissement de l'anús contre nature. Ce temps opératoire a été appliqué dans d'autres circonstances. Madelung et Pollosson l'ont conseillé à peu près à la même époque comme temps complémentaire de l'établissement de l'anús anormal dans la colotomie pratiqué pour la cure palliative du cancer rectal. Nous nous arrêterons sur cette modification opératoire et sur ses applications cliniques.

MM. Létievant et Pollosson ont eu l'occasion de pratiquer le premier temps de l'opération que nous étudions ici : le deuxième temps, l'extirpation du rectum, n'a pu être tenté pour des raisons qui seront données en même temps que l'observation de la malade.

Notre travail comprendra quatre chapitres :

Dans le premier, nous nous attacherons à démontrer que l'extirpation du rectum est une opération légitime, non seulement dans les cas simples, mais quelquefois aussi dans le cas de tumeurs très étendues, assez étendues pour que l'opération préliminaire s'impose.

Dans le deuxième, nous établirons les indications respectives de l'extirpation du rectum cancéreux sans ou après opération préliminaire.

Dans le troisième, nous étudierons le choix d'un procédé pour l'opération préliminaire et le manuel opératoire.

Dans le quatrième chapitre, nous traiterons de l'oblitération du bout inférieur de l'intestin comme temps complémentaire de la colotomie palliative.

Chemin faisant, nous donnerons le résultat des

recherches cadavériques que nous avons faites dans le but d'éclaircir certains points relatifs au manuel et aux indications opératoires.

Nous ne saurions commencer ce travail sans adresser tous nos remerciements à M. Maurice Pollosson, qui nous a suggéré l'idée et fourni les éléments de notre thèse, et dont les savants conseils ne nous ont jamais fait défaut.

Nous remercions sincèrement aussi M. le professeur Poncet, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

DE LA DÉRIVATION COMPLÈTE DU COURS DES MATIÈRES INTESTINALES

APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES

CANCERS DU RECTUM

CHAPITRE PREMIER

DES INDICATIONS DE L'EXTIRPATION DU RECTUM CANCÉREUX

On peut dire que toutes les opinions ont été émises sur l'opportunité de l'extirpation du rectum cancéreux ; on a tout préconisé, depuis la plus extrême réserve jusqu'aux tentatives les plus téméraires. Reclus, dans une clinique chirurgicale consacrée à ce sujet, a bien fait ressortir la triple tendance des écoles anglaise, allemande et française.

Les Anglais ne font presque jamais l'opération ; ils hésitent même à attaquer les cancers tout à fait à leur début, alors que le doigt introduit dans le rectum atteint facilement les limites supérieures de la tumeur, alors que celle-ci n'a pas dépassé la paroi de l'intestin encore mobile sur les tissus environnants, alors, qu'en un mot, le néoplasme est peu étendu et sans adhérences.

Dans ces cas qui nous paraissent si simples, nous voyons les chirurgiens d'Outre-Manche hésiter. Curling (Lancet, 1858, t. 1, p. 351) rejette presque complètement comme une opération mauvaise, l'extirpation du cancer du rectum. Il dit qu'une opération qui expose à l'incontinence et au rétrécissement, qui est forcément suivie de récurrence doit être fatalement condamnée; que les chances de prolonger l'existence ne doivent pas être cherchées au milieu des dangers qu'elle fait courir. Mais il est curieux de voir qu'il appuie ce raisonnement pessimiste sur les faits de Dieffenbach, qui sont cependant excellents. Smith taxe l'opération de procédé barbare et antiscientifique.

En Allemagne, toute autre est la tendance; on enlève sans mesure, et la plupart des chirurgiens, s'appuyant sur des cas heureux, non seulement enlèvent les cancers limités, mais les tumeurs envahissantes et qui ont déjà altéré les organes environnants, le vagin, l'utérus, la vessie, les parois même du bassin. Simon (de Rostock) et Nussbaum suivent cette pratique sans aucune hésitation.

Il n'y a pour eux d'inopérables que les tumeurs qui, s'étant tellement étendues en hauteur et en épaisseur ne permettent pas d'espérer une opération complète ou font prévoir à l'opérateur la nécessité de faire subir à la vessie de vastes pertes de substance. Ils ne craignent pas les plaies peu étendues de cet organe et disent qu'elles guérissent facilement. Ils ne craignent pas non plus d'entrer dans le péritoine puisqu'ils peuvent le suturer. Volkmann n'hésite pas,

et, si l'on veut savoir jusqu'où peut aller l'audace d'un chirurgien, qu'on lise le mémoire de Bardeheuer, on y verra que, par une incision postérieure et en se donnant du jour par la résection du coccyx, il a pu extirper un cancer de l'S iliaque situé à trente centimètres de l'anus et suturer le rectum à la partie inférieure du colon. Kœnig (de Göttingue) non seulement ouvre le péritoine, mais encore va au-dessus du cancer couper le rectum entre deux ligatures, pour l'abaisser ensuite et suturer la partie saine avec la peau. Le malade meurt, et à l'autopsie, on trouve un vaste abcès stercoral dans le tissu cellulaire du petit bassin, mais il n'y a pas eu de péritonite et l'auteur, trouvant ce résultat relativement heureux, recommande cette opération à la fois intra et extra-péritonéale. Jules et Eugène Bœckel ont publié de trop belles observations d'extirpation large avec succès pour ne pas en être partisans.

Le mémoire publié par le professeur Holmer de Copenhague, cité par de nombreuses observations dans les tableaux de la thèse de Piéchaud, tend à faire prévoir un avenir moins sombre aux opérations du cancer rectal accompagnées d'ouverture du péritoine.

Cependant, Schuh (*Wien. méd. Wochensch.* 1861, p. 241), distingue l'épithéliome des cancers fibreux et établit de la façon la plus nette que les premiers, lorsqu'ils sont bien limités et occupent l'extrémité inférieure de l'intestin; sont les seuls qui puissent donner de bons résultats à la chirurgie active. Les autres, fussent-ils dans les meilleures conditions en

apparence, ont toujours des limites profondes, beaucoup moins restreintes et peuvent déjà avoir produit des désordres dans les organes profonds.

En France, ainsi que l'indique Piéchaud dans sa thèse d'agrégation, on a une grande tendance à limiter le champ de l'extirpation, à revenir aux doctrines de Lisfranc, qui ne conseillait l'extirpation que dans les cas où le néoplasme pouvait être dépassé par le doigt et où les tuniques du rectum avaient conservé leur mobilité.

Dans une clinique récente, reproduite dans la *Semaine médicale* (1), M. Trélat ramène aux plus étroites limites les indications de l'extirpation. Voici comment s'exprime l'éminent professeur : « On peut extirper les cancers limités de l'anus ou de l'extrémité inférieure du rectum, quand ils sont bien circonscrits et bien mobiles, absolument bornés aux tuniques de l'intestin et exempts de toute propagation aux ganglions.

« Les rares cas de guérison ayant duré plusieurs années, que nous possédions, ont été fournis par les malades placés dans ces conditions.

« Il ne faut pas toucher aux cancers du rectum plus étendus, s'ils ne déterminent pas d'accidents et tant qu'ils n'en produisent pas.

« Dès qu'ils apparaissent, il faut, sans tarder, recourir aux opérations palliatives. »

Telles sont, à peu de chose près, les conclusions adoptées par Piéchaud dans sa thèse.

(1) *Semaine médicale*, 14 février 1884.

Disons immédiatement que si les préceptes posés par M. Trélat ressortent logiquement des faits observés et signalés par lui, il existe dans la science des observations qui engagent à plus d'audace.

Il semble, en effet, que les opinions magistrales émises sur les indications plus ou moins étendues de l'extirpation du rectum cancéreux, si différentes les unes des autres, tiennent à ce que les chirurgiens ont eupar eux-mêmes à observer des séries de cas variables quant à la nature et à l'évolution des tumeurs.

Un examen attentif des observations publiées (nous ne les reproduisons pas ici) démontre que l'extirpation des tumeurs compliquées, adhérentes, a donné de bons résultats et des survies de plusieurs années.

M. Piéchaud a réuni dans sa thèse 149 cas d'extirpation de cancers du rectum, sur lesquels 31 étaient compliqués d'adhérences aux organes génito-urinaires. Il résume, dans le tableau suivant, le résultat de ces dernières opérations :

31 cas	{	27 guérisons, soit	87.08 0/0
		2 résultats inconnus.	
		2 morts, soit	6.45 0/0

Il ressortirait même de cette statistique que l'ablation des cancers adhérents est moins grave que l'ablation des cancers qui ne le sont pas. Il importe d'interpréter cette conclusion paradoxale. Piéchaud dit avec raison que, suivant toute probabilité, on a publié les succès et caché les revers. Il n'en est pas moins vrai que les succès existent. Or, quand une

intervention a réussi dans un cas et des circonstances déterminées, il est logique d'admettre qu'elle réussira toujours dans les mêmes circonstances : il importe seulement de savoir les reconnaître pour en profiter au besoin.

Malheureusement, bien des observations sont écourtées ; on donne le diagnostic cancer, on décrit l'opération, on néglige les détails relatifs à la marche de la tumeur, à sa structure histologique, à l'état général de l'individu, de sorte qu'on manque des éléments d'analyse nécessaires pour interpréter la variabilité des résultats. Aussi est-il difficile de baser sur l'examen des observations de cancer rectal des conclusions sur l'opportunité de l'intervention ou de la non intervention dans un cas donné : aussi est-on forcé d'appliquer au cancer du rectum ce que l'on a appris par l'étude du cancer en général.

Nous ferons remarquer, en outre, que jusqu'à ces dernières années, l'interprétation des résultats opératoires avait beaucoup à souffrir d'une cause spéciale d'erreur, nous voulons dire de la fréquence des complications septiques qui jouaient un rôle prédominant dans la mortalité et rendaient délicate l'appréciation des autres causes de mort.

Aujourd'hui, pour les opérations où le pansement listérien est rigoureusement applicable, les éléments d'analyse ressortent et se dégagent : on peut faire leur part exacte, en ce qui concerne les tumeurs, à la structure histologique et à l'état général du sujet.

Il est rationnel de tenir compte de ces données quand il s'agit de cancer du rectum, maintenant surtout que nous pouvons, grâce à l'opération préliminaire, faire rentrer l'extirpation du rectum dans le cadre des opérations faites antiseptiquement.

Quand on considère, non plus les résultats immédiats, mais les résultats éloignés de l'extirpation, on voit que tantôt les récidives sont rapides, si rapides qu'il ne valait vraiment pas la peine d'opérer, tantôt l'absence de récidive est constatée après plusieurs années. Il faut l'attribuer quelquefois peut-être à la perfection de l'opération, plus souvent à la nature différente des tumeurs. On peut dire qu'il y a non pas *un cancer*, mais *des cancers* du rectum.

La nature du tissu malade n'est pas toujours donnée dans les observations ; cependant il est facile de se convaincre, en dépouillant ces observations, que dans celles où le résultat opératoire est satisfaisant, la structure épithéliale de la tumeur est souvent indiquée. Les auteurs qui ont traité du cancer rectal s'accordent à reconnaître la nature relativement bénigne de l'épithéliome et Schuh prétend que cette variété de néoplasme est la seule qui donne des succès ; le chirurgien sera donc plus hardi en présence d'une tumeur épithéliale du rectum.

L'envahissement des ganglions lymphatiques n'est pas facile à diagnostiquer, sauf quand les glandes du pli de l'aîne sont prises. On n'a pas toujours reculé devant cette complication et Eugène Bœckel a enlevé, outre la tumeur rectale, des ganglions de l'aîne ou de la concavité du sacum. Le plus souvent on est dans

le doute et on a, de ce chef, le droit d'intervenir. En fait, la récurrence ganglionnaire se produit à la suite d'extirpation de cancer du rectum, mais elle est rarement notée dans les observations.

L'envahissement de la cloison recto-vaginale a rarement paru une contre-indication à l'opération qui a donné de bons résultats dans ces conditions. Trois fois Nussbaum a enlevé des cancers adhérents à la vessie ; dans deux de ces cas la prostate, et dans l'un l'urèthre étaient envahis : il a obtenu une survie de 13 mois, de 17 mois, de *plusieurs* mois. L'ablation de tumeurs très élevées (10, 12 centimètres) a fourni des guérisons ; de même l'ablation de néoplasmes ayant envahi une grande partie du périnée et la fosse ischio-rectale.

De ces faits, il ressort que l'extirpation de tumeurs compliquées du rectum, de tumeurs sortant du cadre où quelques auteurs voudraient limiter l'intervention, a donné des guérisons telles que tout chirurgien serait heureux de les procurer aux sujets confiés à ses soins.

On peut tourner en dérision l'extirpation de certains cancers rectaux comme celle des cancers de l'estomac, mais les malades guéris sont peut-être moins portés à rire. Certes, mieux vaudrait s'abstenir complètement qu'opérer indistinctement tous les cancers de l'estomac et du rectum avec la chance d'obtenir de rares succès. L'important est de choisir les cas, d'analyser les symptômes et d'apporter quelque précision dans le diagnostic d'un cas donné. Si toutes les conditions du problème ne sont pas con-

nues, on est autorisé, croyons-nous, à tracer quelques règles de conduite, grâce auxquelles le chirurgien, dans nombre de cas, n'agira pas comme si tous les cancers du rectum se ressemblaient.

Il y a des cas où les signes de la généralisation et de la cachexie existent, le sujet est un *cancéreux totius substantiæ*; qu'on s'abstienne alors, tout le monde est du même avis sur ce point.

Il en est d'autres où la marche lente de la tumeur, sa structure histologique (épithéliome), l'absence de généralisation ganglionnaire, l'intégrité des fonctions digestives et de la santé générale indiquent que l'affection est encore locale. En pareil cas, ce qui règle l'intervention, c'est le degré d'extension du néoplasme.

Nous pensons qu'avec de telles conditions, on ne devra pas hésiter à enlever des cancers même étendus, même adhérents aux organes voisins, même si on doit s'exposer à ouvrir le péritoine.

Entre ces deux catégories, il est une troisième série de cas, ceux où l'on doute. Le chirurgien sera alors réduit à prendre pour guide autant son propre tempérament que celui de son malade; il devra tenir grand compte du symptôme douleur et des considérations extra-chirurgicales. Il y a des cancers du rectum qui tuent sans douleur et sans gêne fonctionnelle notables, comme certains cancers internes, et les malades arrivent au terme de l'existence croyant avoir des hémorroïdes, une fistule à l'anus. Qu'on respecte ces *cancéreux* ! Mais il en est qui souffrent d'atroces douleurs, qui connaissent la nature de leur

mal et réclament à grands cris l'intervention chirurgicale; si on peut encore recourir à l'opération radicale, pourquoi y renoncer, pourquoi refuser les bénéfices d'une extirpation de cancer rectal, même si elle doit être simplement palliative?

En résumé, nous pensons que, dans des cas rares, il est vrai, on a le devoir strict d'extirper des cancers même adhérents du rectum, si on ne veut pas rester au-dessous de sa tâche et, sous le prétexte d'une prudence exagérée, méconnaître les progrès et les ressources de la chirurgie.

CHAPITRE II

DES INDICATIONS DE L'EXTIRPATION DU RECTUM SANS OU AVEC OPÉRATION PRÉLIMINAIRE

Nous avons cherché à établir, dans le précédent chapitre, que certaines formes cliniques de cancer rectal étaient justiciables de l'extirpation, même si la tumeur était étendue, adhérente. Des faits de guérison et de survie prolongée justifient ces interventions qui nous paraissent indiquées dans les deux circonstances suivantes : 1° lorsque la marche lente de la tumeur, l'intégrité des ganglions et de l'état général font soupçonner la nature relativement bénigne du néoplasme ; ces faits sont rares ; 2° lorsque, en l'absence de signes démontrés de généralisation et d'infection, la gravité des symptômes, rétention, hémorrhagie, douleur et l'état moral du malade autorisent à tenter une opération qu'on pourrait d'autre part regarder comme devant être suivie d'une récurrence probable.

Nous allons examiner maintenant s'il n'y aurait pas quelque bénéfice à tirer de l'opération préliminaire dont nous avons parlé dans l'introduction, s'il ne serait pas quelquefois avantageux de faire précéder l'extirpation de la tumeur de l'établissement d'un anus contre nature dans le but de dériver les matières intestinales, de supprimer les fonctions du rectum et de transformer la tumeur rectale en tumeur pelvienne.

Nous chercherons : 1° à montrer que l'opération préliminaire est utile dans certains cas ; 2° à déterminer les cas où elle serait préférable à l'extirpation simple.

Pour établir la supériorité de l'extirpation après dérivation des matières fécales, il faut d'une part prouver que l'extirpation simple a des dangers auxquels pourra remédier l'opération préliminaire, d'autre part que la suppression de ces dangers ne sera pas compensée par d'autres inconvénients résultant du fait même de l'établissement de l'anus anormal.

Voyons d'abord quels sont les dangers de l'extirpation simple auxquels pourra remédier l'opération préliminaire.

L'extirpation du rectum, étant supposée indiquée pour un cas particulier, on peut lui adresser le reproche d'être dangereuse.

Oui, l'extirpation du rectum est une opération grave. Nous ne nous exagérons pas la valeur des statistiques établies en réunissant les observations recueillies çà et là, de côté et d'autre. Toujours est-il

qu'elles donnent une mortalité de 25 à 30 % (Marchand, Piéchaud). Or, elles comprennent même les cas bénins d'extirpation, ceux où on a enlevé des tumeurs limitées, peu élevées, non adhérentes. Reste à savoir si elle est grave pour des raisons telles que la dérivation des matières intestinales et l'application rigoureuse de la méthode listérienne remédient aux causes de mort.

Pendant longtemps, la préoccupation des chirurgiens qui enlevaient des cancers du rectum fut l'hémorrhagie ; aujourd'hui, grâce à la perfection des moyens de diérèse, on ne craint plus cet accident, et on peut affirmer, en s'appuyant sur des faits, que l'hémorrhagie ne joue qu'un faible rôle dans la mortalité de l'extirpation. Ce qui tue, ce sont les complications inflammatoires ainsi qu'on peut en juger d'après le tableau suivant emprunté à la thèse de Piéchaud.

CAUSES DE LA MORT

Péritonite	18	Erysipèle.....	1
Cellulite pelvienne	3	Obstruction par rétrécissement	
Phlébite pelvienne.....	2	situé plus haut que le champ	
Pyohémie	3	opératoire	1
Epuisement.....	2	Collapsus.....	1
Embolie pulmonaire.....	2	Accidents pulmonaires.....	1
Hémorrhagie	1	Accidents pernicieux.....	1

On peut, pour expliquer une mortalité si considérable, hors de proportion avec celle que donnent des actes traumatiques plus importants, invoquer trois causes et dire : 1° on opère chez des cancéreux ; 2° on opère au voisinage du péritoine ; 3° on ne peut

appliquer d'une façon exacte la méthode antiseptique.

On ne saurait nier aujourd'hui l'influence des lésions viscérales ou des affections cancéreuses sur le résultat des opérations. Mais comparons ce qui se passe chez les cancéreux du rectum et chez les cancéreux du sein, par exemple. Certes, le cancer du sein, qui est le plus souvent du carcinome, ne vaut pas mieux, abstraction faite des considérations de région et de fonction organique, que le cancer du rectum qui est souvent de l'épithéliome. Eh bien ! l'extirpation de vastes tumeurs du sein, même suivie du curage de la cavité axillaire, est loin, avec l'application de la méthode antiseptique, de donner une mortalité aussi considérable.

Restent donc les considérations relatives au voisinage du péritoine et à la présence des gaz intestinaux et des matières fécales. Ces deux questions sont connexes et doivent être étudiées ensemble. Les progrès faits depuis quelques années en chirurgie abdominale, montrent, en effet, qu'antisepsie et absence de réaction inflammatoire du péritoine dans les traumatismes chirurgicaux sont deux choses très intimement liées.

On peut faire avec juste raison, à l'opération proposée par M. Pollosson, l'objection suivante : Elle transforme bien un cancer du rectum en un cancer du bassin, mais elle ne fait pas que la tumeur à enlever ne reste au voisinage du péritoine.

Mais que la péritonite consécutive à l'extirpation reconnaisse pour cause l'ouverture accidentelle de la séreuse ou son décollement pendant l'opération

même, ou qu'elle soit due à la propagation de l'inflammation des parties voisines, il est incontestable qu'elle aura moins de chances de se produire si on a pu appliquer sur la région un pansement antiseptique. Autre chose est l'ouverture du péritoine dans un milieu aseptique, autre chose la même ouverture au contact des gaz et des matières intestinales. Le pansement du Lister, en réduisant au minimum les phénomènes inflammatoires locaux, contribuera aussi à diminuer le nombre des péritonites par propagation. Si nous ne pouvons apporter des faits à l'appui de l'opinion que nous soutenons ici, il est permis, croyons-nous, de raisonner par analogie et de nous appuyer sur ce qui se passe dans d'autres régions, mais dans des conditions très voisines d'intervention.

Quant aux autres causes de mort qu'on rencontre moins souvent que la péritonite, cellulite pelvienne, phlébite pelvienne, pyohémie, érysipèle, il est incontestable qu'une bonne antisepsie aura pour effet de les supprimer.

En résumé, sur trente-six cas de mort à la suite d'extirpation du rectum par les anciennes méthodes (*Statistique de Piéchaud*), il y en a 27 qui auraient eu quelque chance d'être prévenus par l'application de la nouvelle méthode (péritonite, 18; cellulite, 3; phlébite, 2; pyohémie, 3; érysipèle, 1; total 27).

Le résultat principal de l'opération préliminaire est de prévenir les complications inflammatoires, en permettant l'application sérieuse, complète, des pansements antiseptiques.

On pourrait encore faire, à notre manière de voir, l'objection suivante : « L'opération préliminaire tend à rendre aseptique la région en empêchant le cours des matières fécales, mais les fèces sont-elles aussi septiques que vous le prétendez? Des plaies considérables de la région rectale, par exemple, à la suite d'opérations de fistules à l'anus, des plaies de rectotomie linéaire, des plaies consécutives à l'extirpation même du rectum n'ont présenté aucune complication. Contrairement à ce que vous dites les surfaces traumatiques se comportent bien au voisinage ou au contact des matières fécales. »

Nous ne chercherons pas à prouver que les matières fécales sont à un haut degré septiques et phlogogènes : c'est un fait bien connu des pathologistes. De ce que certaines plaies ne sont pas fâcheusement influencées par leur contact, on ne saurait en conclure qu'il doit en être de même pour toutes. On a vu de tout temps des plaies échapper aux causes d'infection. De ce que, par exemple, on a obtenu des guérisons après des ovariectomies faites avec des instruments et traitées avec des pansements sales, on ne peut pas conclure qu'il soit inutile d'employer des pansements propres.

De reste, il faut tenir compte de la nature de la surface traumatique ; une plaie nette, permettant l'écoulement facile des liquides supportera bien le contact des fèces. Il n'en sera plus de même d'une cavité irrégulière, anfractueuse, compliquée de décollements, située au voisinage du péritoine, comme cela arrive dans les extirpations de cancers compliqués du rectum.

D'ailleurs, les faits sont là ; la statistique indique que le champ opératoire, après extirpation, ne supporte pas la présence des matières intestinales aussi bien que pourrait le faire supposer ce qui arrive dans quelques circonstances. Il n'est pas douteux pour nous que les conditions, tenant aux fonctions du rectum, influent sur la gravité de l'extirpation du cancer.

La séquestration du rectum par opération préliminaire, n'a pas pour unique avantage de rendre la région relativement aseptique en s'opposant au passage des matières. La dérivation de leur cours permet, en outre, d'appliquer sur la région un pansement antiseptique rigoureux, ce que ne permet pas, dans les conditions habituelles, la nécessité de laisser leur voie aux matières fécales. Ainsi, même si les fèces n'étaient pas septiques, ce que nous ne saurions admettre, l'opération préliminaire serait favorable à l'antisepsie.

En résumé cette opération est utile et parce qu'elle rend la région aseptique et parce qu'elle y permet l'antisepsie.

On nous objectera encore qu'il est possible d'employer la méthode antiseptique dans les conditions habituelles d'intervention. Nous croyons que, dans les cas d'extirpation un peu étendue, l'application rigoureuse de la méthode est à peu près impossible. Ni la gaze iodoformée, ni les injections continues de solutions salicylées, conseillées par Volkmann et Bardenheuer, ne garantiront sûrement la plaie, tant que les gaz et les matières auront à trouver leur pas-

sage. On ne fera jamais qu'une antiseptie relative, c'est-à-dire une antiseptie sur laquelle on ne pourra pas compter.

Transformer une opération faite *dans une latrine* en une opération parfaitement antiseptique, tel est le principal avantage de la dérivation. Mais ce n'est pas le seul.

Dans certaines formes de cancers rectaux, particulièrement dans ceux qui occupent la région anale, la tumeur n'est pas toute entière néoplasique : elle est en partie inflammatoire et cette inflammation est due à l'irritation entretenue par le passage des matières et les nécessités de la défécation. La dérivation préalable fait tomber la tuméfaction inflammatoire, permet de mieux préciser les limites réelles de la tumeur et en restreint le volume. Nous rapportons plus loin l'observation d'une malade atteinte de cancer du rectum, chez laquelle a été pratiquée la dérivation préliminaire ; chez elle, il existait une vaste infiltration périnéale avec tuméfaction de la fosse ischio-rectale droite. Dans les quinze premiers jours, qui suivirent l'opération, la suspension du cours des matières fécales amena une diminution des plus marquées de la tumeur : la fosse ischio-rectale redevint souple. Il était évident qu'à cette phase de l'affection, l'ablation de la tumeur aurait été plus facile qu'avant l'opération préliminaire.

Tels sont les avantages immédiats de la dérivation préliminaire. Elle en présente d'autres relatifs aux résultats éloignés de l'extirpation.

Parmi les accidents tardifs de l'extirpation se

trouve le rétrécissement cicatriciel du rectum qui peut aller jusqu'à l'oblitération, nécessiter une nouvelle intervention ou même entraîner la mort. Cet accident est rare, mais d'autant plus à craindre qu'on ne connaît pas les circonstances opératoires qui y prédisposent.

Il faut signaler aussi les obstructions qui surviennent après l'opération et qui sont le résultat d'une récédive au-dessus des parties enlevées. Marchand en rapporte un cas du service de Labbé. M. Pollosson nous a dit en avoir observé un cas analogue chez un malade opéré antérieurement par M. Létievant.

Il est facile de prévoir que de tels accidents seraient facilement évités par l'établissement préalable d'un anus contre nature.

Quand le siège de la tumeur a nécessité l'ablation de la paroi recto-vaginale, on a ultérieurement un cloaque recto-vaginal ou des fistules. Ces complications fâcheuses n'existeraient pas dans des cas analogues après l'opération préliminaire qui supprime pour ainsi dire le rectum. Le vagin aurait sa paroi postérieure constituée par un tissu cicatriciel. Les fonctions physiologiques dévolues à cet organe auraient moins à souffrir de l'intervention chirurgicale : tout se bornerait à un rétrécissement du calibre de l'organe, certainement compatible avec les susdites fonctions.

Dans le cas où l'urèthre et la vessie auraient été blessés, chez l'homme, au lieu d'un fistule vésico ou uréthro-rectale, on aurait une simple fistule urinaire qui, du reste, pourrait arriver à guérison.

En résumé, l'opération préliminaire offre des avantages incontestables au point de vue des accidents immédiats ou tardifs de l'extirpation du rectum. Examinons maintenant ces inconvénients, et voyons si les premiers rachètent les seconds.

Nous touchons ici à l'objection la plus sérieuse faite contre la méthode nouvelle : « Vous faites, dira-t-on, deux opérations au lieu d'une ; nous reconnaissons que l'extirpation deviendra moins dangereuse, mais la colotomie est loin d'être une opération innocente. »

À cela, nous répondrons que l'opération préliminaire doit être réservée aux cas les plus graves d'extirpation, à ceux où il nous est permis de présumer que l'extirpation pure et simple serait suivie de mort. Nous ne conseillons pas d'y avoir recours dans les cas simples.

De plus, la colotomie ne présente pas par elle-même une gravité sérieuse. Prenons, par exemple, les observations de colotomie lombaire faites pour cancer rectal. Piéchaud en a réuni dans sa thèse 131 cas où la terminaison est indiquée. Sur ce nombre, 73 opérés sont morts dans les deux mois, mais la plupart d'épuisement, de cachexie, de généralisation, de causes non imputables à l'opération. 1 malade est mort de collapsus, 1 d'hémorrhagie opératoire et 7 de péritonite aiguë directement imputable à l'opération, au total 9 morts sur 131, dont on peut rejeter la responsabilité sur l'acte opératoire.

« C'est donc, dit Piéchaud, bien plus l'état général des opérés, leurs altérations viscérales et l'envahis-

sement de la cavité péritonéale qui doivent être inscrits parmi les causes de la mort, que l'opération elle-même, qui sans doute est grave, mais n'a, en partie, cette gravité qu'en raison du mauvais état général au milieu duquel on opère. »

Or, la colotomie, dans les circonstances où nous la conseillons, est faite dans des conditions toutes différentes, puisque l'idée de l'extirpation future suppose, au contraire, un état général satisfaisant du malade.

Quant à la colotomie iliaque, le nombre des observations est trop restreint pour la juger convenablement; mais les résultats seraient au moins égaux à ceux que donne la colotomie lombaire. Telle est, du reste, l'opinion émise par M. Verneuil.

On peut dire qu'une colotomie bien faite, chez un individu non cachectique, est une opération qui doit réussir.

L'addition de la colotomie à l'extirpation, dans les cas où nous la croyons indiquée, peut donc être considérée comme moins grave que l'extirpation seule.

Une autre objection sérieuse est la suivante : il est difficile de faire accepter aux malades la perspective de deux opérations, surtout lorsqu'une d'entre elles ne s'adresse pas directement à leur mal et entraîne la défécation par un des points de la paroi abdominale.

C'est là une considération d'ordre, pour ainsi dire, extra-chirurgical. On ne peut opérer de force, mais un chirurgien convaincu entraîne facilement la conviction du malade. On arrive à imposer la colotomie

lombaire, il est vrai, pour des accidents ordinairement pressants. Il nous semble qu'on fera accepter aussi l'idée de la colotomie préliminaire.

On pourra dire encore en faveur de l'extirpation simple qu'elle donne un meilleur régime de selles, en ce sens que les malades conservent souvent leurs matières. En fait, voici ce qui se passe : tantôt, après l'extirpation simple du rectum, les matières sont retenues, la défécation est volontaire ; tantôt les matières solides sont retenues, mais les matières liquides et les gaz s'échappent contre la volonté du sujet ; tantôt enfin il y a incontinence absolue. Il n'est pas facile de dire dans quelle proportion numérique et dans quel genre d'opérations on observe l'incontinence. Les observations sont trop souvent muettes sur cette question. Il nous a paru cependant que les cas où on avait fait des ablations larges, où on n'avait pas pu tirer le rectum jusqu'à la peau donnaient ordinairement de l'incontinence. D'autre part, l'anus contre nature soit lombaire, soit iliaque, portant sur le colon, ne saurait être comparé à l'anus contre nature siégeant sur l'intestin grêle au point de vue de la défécation. A la suite de ces opérations, il n'y a pas incontinence absolue. Les selles sont moulées, ordinairement rares ; souvent le malade éprouve comme un besoin d'aller à la selle et a le temps de recevoir ses matières. De plus, il est facile de fermer l'orifice à l'aide d'un obturateur.

Les exemples de colotomie faite pour imperfection de l'anus montrent qu'on peut vivre de la vie commune avec cette infirmité. M. Ollier disait dernière-

ment tenir de M. Rochard qu'une jeune fille, à qui on avait fait l'opération de Littre pour une imperforation congénitale de l'anus, allait dans le monde et se livrait même à l'exercice de la danse; elle était demandée en mariage et, si le mariage n'avait pas lieu, c'est qu'on regardait comme un devoir d'avertir le demandeur de l'infirmité de la future épouse. Un médecin, à qui M. le professeur Poncet a récemment fait l'anus lombaire, put à la suite, non seulement reprendre l'exercice de sa profession, mais même pratiquer l'hospitalité et dîner au milieu de nombreux convives.

L'extirpation du rectum est supérieure à la colotomie, au point de vue de la défécation, quand elle permet de retenir les matières. Mais nous croyons que, lorsqu'il s'agit d'une ablation large, on ne peut pas promettre à son malade un meilleur régime des selles par l'extirpation que par la colotomie. On peut avoir mieux, mais on risque d'avoir moins bien.

Il est un dernier point, sur lequel nous devons insister, et qui est en faveur de la colotomie préliminaire.

Il faut, quand on opère un cancer du rectum, toujours craindre la récurrence, la repullulation et l'extension du néoplasme qui, dès lors, amène les symptômes graves de la rétention et de la douleur qui, à eux seuls, suffisent à indiquer la colotomie. Cette opération préliminaire, qui a eu l'avantage de rendre l'extirpation moins dangereuse, rend inutile toute opération palliative ultérieure. Ce qui aurait dû être fait après a été fait avant, c'est-à-dire dans de meilleures conditions d'état général pour la réussite de l'opération.

De l'avis des auteurs anglais, qui l'ont souvent pratiquée, la colotomie est une bonne opération pour les cancers du rectum. Elle soulage, prolonge la vie et rend tolérables les jours qu'il reste à vivre.

Sans prétendre qu'il faille la pratiquer systématiquement, on peut dire qu'on aura bien rarement l'occasion de regretter qu'elle soit faite. Car, si elle n'arrête pas la marche progressive du cancer, elle la retarde et prévient les accidents les plus pénibles qui, dans des cas fréquents, précèdent la mort.

Si donc, l'opération préliminaire dont nous parlons étant faite, il arrive ou qu'on ne puisse pratiquer l'extirpation, ou qu'après l'extirpation le cancer récidive, il n'y aura presque jamais lieu de regretter la première intervention. C'est là, à notre avis, un des arguments les plus sérieux qu'on puisse donner en faveur de la méthode opératoire proposée par M. Pollosson.

Enfin, il est possible que la dérivation complète du cours des matières, en soustrayant le champ opératoire à des irritations continuelles, prévienne dans une certaine mesure les récidives si souvent observées après l'extirpation du rectum cancéreux.

Des raisons ci-dessus développées, nous croyons pouvoir conclure que l'extirpation du rectum après opération préliminaire doit être dans certains cas préférée à l'extirpation simple.

Cherchons maintenant à établir, autant qu'on peut le faire en l'absence de faits cliniques, à quels cas doit être appliquée la dérivation préalable des matières intestinales. Logiquement, ce sont ceux où

l'on a à redouter les complications septicémiques, péritonite, cellulite pelvienne, etc.

Nous avons analysé les dix-huit cas de mort par péritonite signalés par Piéchaud. Sur ces dix-huit cas, il y en a quatre sur lesquels on ne donne pas de renseignements suffisants. Deux fois, la tumeur enlevée était de petit volume, deux travers de doigt et deux pouces. Une fois, il s'agissait d'une opération pour rétrécissement consécutif à une extirpation d'un cancer rectal de 6 cent. de hauteur : la péritonite fut précédée d'adénite, de lymphangite et d'érysipèle. Dans les onze autres cas, les tumeurs remontaient très haut à partir de l'anus ou étaient très élevées dans le rectum : quatre fois le péritoine fut intéressé ; deux fois, en même temps que la tumeur était élevée, elle adhérait aux parties voisines.

Sur les trois cas de cellulite pelvienne, il y en a deux où l'on signale, dans l'un l'élévation, dans l'autre l'adhérence du néoplasme aux parties voisines.

Concluons donc : l'analyse des faits démontre ce qu'aurait fait prévoir la théorie. Les cancers, dont l'extirpation donne le plus de complications septicémiques, sont les cancers élevés, les cancers adhérents aux organes voisins, les cancers dont l'ablation nécessite l'ouverture du péritoine.

Nous nous trouvons dès lors en présence des deux conclusions suivantes :

1° On peut enlever avec avantage des cancers élevés, adhérents aux organes voisins, quand il n'existe pas de contre indications tirées de l'infection et de la généralisation ; 2° l'ablation des mêmes can-

cers tue souvent par complication septique ou inflammatoire. Nous croyons pouvoir tirer la troisième conclusion que voici :

Dans les cas de cancers élevés, adhérents, pour lesquels il n'existe pas de contre indication d'un autre ordre, il est bon de faire précéder l'extirpation de la tumeur rectale de l'opération préliminaire qui s'oppose aux complications septiques et inflammatoires.

Reste à préciser ce qu'on doit entendre sous le nom de cancers élevés du rectum. Ce sont ceux dont l'extirpation exige qu'on se rapproche beaucoup du péritoine ou que l'on décolle l'intestin de sa tunique séreuse sur une étendue un peu considérable ; dans ces cas, il est généralement difficile d'attirer le rectum assez en bas pour pratiquer la suture à la peau sans tiraillements.

Rien de variable comme la hauteur des culs-de-sac péritonéaux chez l'homme et chez la femme. Nous avons fait, au point de vue de l'extirpation du cancer rectal, quelques recherches sur la question de savoir : 1° Quelle hauteur du rectum mesurée avec le doigt, ce qui se rapproche des conditions cliniques, peut être extirpée sans ouverture du péritoine ; 2° quel degré de traction paraissait compatible avec la suture sans tiraillements.

Nos expériences ont porté sur cinq hommes et cinq femmes ; nous avons choisi des sujets qui avaient dépassé l'âge de quarante ans, afin de nous rapprocher davantage des conditions dans lesquelles se développe le cancer du rectum.

Notre doigt, long de 9 centimètres, était introduit dans le rectum. Par une incision préalable faite à la paroi abdominale antérieure, nous allions à la rencontre de l'extrémité digitale. Dans ces conditions, le doigt introduit dans le rectum dépassait le cul-de-sac péritonéal. Une petite incision était faite à ce niveau destinée à nous permettre de passer un fil dans les tuniques de l'intestin, fil qui devait servir d'index, marquant le point le plus élevé atteint par le doigt.

Nous pratiquions alors l'extirpation du rectum, tirant l'intestin au dehors, jusqu'au point marqué par le fil. Ce résultat pouvait être obtenu sans travail spécial pour obtenir le décollement du péritoine, qui se séparait de l'intestin par glissement sous l'influence des tractions.

Au moment où le fil arrivait au niveau de la peau du périnée, la traction était assez peu énergique pour qu'on pût commodément fixer la muqueuse à la peau.

Si on voulait dépasser ce niveau, les choses se passaient un peu différemment chez l'homme et chez la femme. Chez cette dernière, on gagnait sans trop tirer deux ou trois centimètres; chez l'homme, au contraire, il s'établissait une traction du rectum qui nous a paru incompatible avec le maintien assuré de la suture.

Quant au cul-de-sac péritonéal, il ne descendait pas sous l'influence d'efforts même très énergiques, et l'on pouvait tirer au dehors une bien plus grande longueur du rectum sans intéresser le cul-de-sac. Il

est donc à supposer que la blessure du péritoine ne s'effectue pas dans les cas où les tuniques du rectum ont conservé leur mobilité, mais seulement quand des adhérences ont nécessité une dissection profonde remontant jusqu'au cul-de-sac resté en place.

Nous avons de plus fait ou plutôt confirmé la remarque suivante. Quand on a enlevé une partie du rectum de la hauteur d'un doigt, mesuré l'intestin en place et qu'on l'étale ensuite sur la table d'amphithéâtre, on trouve que la partie enlevée a une longueur presque double de celle qui avait été estimée avec le doigt. Aussi faut-il se méfier des chiffres donnés dans les observations et voir si la mesure a été prise sur le rectum en place ou sur le rectum déjà extirpé.

En résumé, l'extirpation d'une tumeur non adhérente, longue à la mensuration digitale de neuf centimètres, permet la suture cutanéomuqueuse, mais nécessite déjà un décollement du péritoine. Aller au delà, même jusque-là, dans ces conditions pathologiques, c'est s'exposer à la péritonite. La suture est très avantageuse quand elle est possible; elle met la plaie à l'abri du contact des matières fécales et diminue les chances de péritonite.

A notre avis, pour pratiquer une opération relativement bénigne, il faut : 1° ne pas ouvrir ou ne pas décoller sur une étendue notable le péritoine; 2° pouvoir suturer la muqueuse à la peau, quand on s'est approché de la tunique séreuse. On se trouve dans ces conditions quand on peut *facilement* dépasser la tumeur avec le doigt, quand elle est mobile sur les

parties voisines. Ces cas sont précisément ceux où les chirurgiens prudents conseillent l'opération radicale ; ce sont ceux que nous réservons à l'extirpation simple.

Au contraire, nous ferions précéder de l'opération préliminaire les cas où la tumeur serait plus élevée ou présenterait des adhérences, ceux que les mêmes chirurgiens croyaient devoir abandonner.

Pour nous, la méthode opératoire que nous proposons n'étend pas le champ de l'extirpation tel que les chirurgiens audacieux l'avaient établi, mais elle permet à un chirurgien prudent de tenter des interventions devant lesquelles il aurait reculé, dans la crainte de complications inflammatoires.

Quant à la coïncidence que nous exigeons d'une tumeur étendue, adhérente, mais sans infection, sans généralisation, elle existe, mais elle est rare. Un chirurgien, même très répandu, à la tête d'un service important, ne la trouvera qu'à des intervalles éloignés.

L'opération proposée par M. Pollosson n'a pas la prétention d'être une opération courante contre le cancer du rectum ; telle qu'elle est, elle nous semble appelée à rendre des services dans des cas rares que nous avons essayé de déterminer.

CHAPITRE III

CHOIX D'UN PROCÉDÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT D'UN ANUS CONTRE NATURE PERMETTANT LA DÉRIVATION COMPLÈTE DES MATIÈRES INTESTINALES ET MANUEL OPÉRATOIRE.

Nous étudierons, dans ce chapitre, les moyens pratiques d'obtenir la dérivation complète du cours des matières intestinales. Pour atteindre le but, il faut deux choses :

- 1° Etablir un anus contre nature ;
- 2° S'opposer au passage des matières fécales dans le bout inférieur.

I. — *Etablir un anus contre nature.* — Nous n'avons que la question de siège à envisager ici, et, puisqu'il s'agit de cancer du rectum, qu'à choisir entre les deux sièges classiques la région lombaire et la région iliaque gauche, entre la méthode de Callisen et la méthode de Littré.

Si nous faisons abstraction de la nécessité de

fermer le bout inférieur, le choix serait difficile. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la valeur relative de ces deux opérations et, dans ces dernières années, deux éminents professeurs de la Faculté de médecine de Paris se sont prononcés, l'un, M. Trélat, en faveur de la colotomie lombaire ; l'autre, M. Verneuil, en faveur de la colotomie iliaque. Nous renvoyons à une clinique de M. Verneuil (*Semaine médicale*, 27 mars 1884), pour ce qui concerne cette intéressante discussion. Nous ferons remarquer seulement que ce qui fait généralement pencher vers la colotomie iliaque, c'est qu'elle est plus facile ; vers la colotomie lombaire, c'est qu'elle n'ouvre pas le péritoine.

Mais nous avons à tenir compte de la fermeture du bout inférieur, ce qui change les conditions du problème et nous fait pencher du côté de la méthode de Littre. Car, pour exécuter ce temps opératoire, nous avons besoin de manœuvrer à l'aise, ce qui n'est guère possible dans les profondeurs de la région lombaire. De plus, le mode d'oblitération auquel nous nous rattachons nécessite l'ouverture du péritoine ; or, on sait que respecter la séreuse constitue l'avantage principal de l'opération d'Amussat. Cette dernière perd, dès lors, à notre point de vue, une grande partie de sa valeur et ne nous offre que des difficultés. Ces difficultés compensent amplement le danger qui résulte dans la méthode de Littre de l'ouverture du péritoine.

Nous avons cherché sur le cadavre à établir dans la région lombaire des anus contre nature avec obli-

tération du bout inférieur après section complète du calibre de l'intestin et avec invagination du bout inférieur. Cette manœuvre, plus difficile à exécuter que dans la fosse iliaque, nécessite l'ouverture du péritoine, la séreuse pouvant bien être décollée sur la face postérieure, mais non sur les faces latérale et antérieure de l'intestin.

Si nous pensions que la colotomie lombaire est moins dangereuse que la colotomie iliaque, nous l'adopterions cependant et chercherions un mode de fermeture n'entraînant pas l'ouverture du péritoine. Nous pourrions, par exemple, suivant l'exemple de M. Duménil, attirer l'intestin de façon à créer un éperon utilisé pour servir d'opercule. Mais la supériorité de la méthode de Callisen au point de vue du pronostic opératoire est loin d'être démontrée et nous ne croyons pas avoir à en tenir compte dans l'appréciation d'un procédé.

II. — *S'opposer au passage des matières fécales dans le bout inférieur.* — Deux plans d'opération se présentent à l'esprit pour empêcher les matières fécales de passer dans le bout inférieur : l'un tout naturel, consistant à fermer ce bout inférieur ; l'autre emprunté à la physiologie pathologique de l'anus contre nature, et réalisé par la création d'un éperon très étendu. Ce dernier procédé conviendrait aux cas où l'on voudrait faire la dérivation temporaire du cours des matières et rétablir ultérieurement la continuité de l'intestin par une opération plus simple qu'une entérorrhaphie circulaire.

Le procédé, qui nous paraît conduire au résultat le plus sûr quand il s'agit de faire la dérivation définitive est celui qui consiste à fermer complètement le bout inférieur. Dans ce but on peut, comme on le faisait au siècle dernier dans l'opération de la hernie gangrenée, se contenter de faire avec un fil une ligature circulaire. Il serait à craindre cependant qu'à la chute de cette ligature, la partie sphacélée par la compression circulaire s'éliminât et que le calibre de l'intestin fût rétabli ou perforé. On pourrait redouter aussi que la constriction exercée sur une partie saine de l'intestin ne déterminât, par action réflexe, des accidents nerveux de la nature de ceux qui accompagnent l'étranglement. Ces raisons, quoique théoriques, méritent d'être prises en considération.

M. Dumesnil, de Rouen, qui a pratiqué l'oblitération du bout inférieur pour une fistule vésico-intestinale s'est servi de l'éperon d'un anus lombaire qu'il a suturé à la partie inférieure du contour de l'anus artificiel, probablement après avivement de la muqueuse. Ce procédé serait à suivre dans le cas où l'on choisirait la région lombaire pour y établir l'anus contre nature ; car il ne nécessite pas l'ouverture du péritoine. Mais il nous paraît moins sûr que le suivant qui repose sur le principe de l'adossement des séreuses. Ce procédé, employé par M. Pollosson, consiste, après section complète du diamètre de l'intestin, à invaginer un centimètre du bout inférieur dans son propre calibre et à fixer cette invagination qui oppose séreuse à séreuse, par 4 ou 5 points de suture de Lembert. Le bout central est, au contraire,

suturé circulairement au pourtour de l'ouverture faite au péritoine pariétal.

Si on voulait se réserver la possibilité de rétablir le cours des matières, le procédé qui nous paraît préférable consisterait, après section du diamètre intestinal, à fixer l'un et l'autre bout au contour de l'incision de la paroi abdominale en adossant ces deux bouts comme deux canons de fusil.

Cette manière de faire présenterait même d'autres avantages. On n'aurait pas à se préoccuper de distinguer le bout inférieur du supérieur, ce qui est quelquefois difficile. On pourrait, par ce bout inférieur ouvert sur la paroi abdominale, faire des injections antiseptiques qui détergeraient tout le segment inférieur de l'intestin et la surface cancéreuse. Peut-être pourrait-on le mettre en parallèle avec l'oblitération complète par adossement des sereuses.

Nous avons abordé la question de la dérivation temporaire envisagée comparativement à la dérivation définitive. Pour les cas de cancer du rectum auxquels la dérivation préliminaire est applicable, nous n'entrevoions guère d'avantage à la dérivation temporaire, qui aurait peut-être son utilité dans le cas où l'on voudrait appliquer la même opération à d'autres interventions chirurgicales portant sur le rectum.

En résumé, la méthode opératoire que nous proposons comprend deux temps. Nous ne nous occupons pas du deuxième, l'extirpation de la tumeur, qui se fera suivant les procédés de diérèse décrits dans les ouvrages qui traitent de la question.

Quant au premier temps, il sera réglé de la façon suivante :

On commencera l'opération comme pour établir un anus artificiel par la méthode de Littré.

L'S iliaque une fois reconnue et légèrement tirée au dehors, un aide saisira le calibre de l'intestin avec le pouce et l'index. Le chirurgien saisira de la même manière l'intestin avec la main gauche à quelques centimètres des doigts de l'aide, de façon à aplatir le calibre, et, de la main droite, avec des ciseaux ou un bistouri, il fera la section complète de l'anse jusqu'au mésentère qu'il entamera légèrement.

Il s'assurera alors du bout inférieur. On peut le reconnaître à la direction que prend le doigt introduit dans son calibre. Mais comme ce signe peut tromper à cause des inflexions de l'S iliaque, le mieux sera d'introduire une sonde dans le bout présumé inférieur et de pousser une injection, ou liquide ou simplement gazeuse, qui devra ressortir par l'anus.

Ce bout reconnu, on invaginera un centimètre de son extrémité dans son calibre et on maintiendra cette invagination avec quelques points de suture au catgut.

Le bout, ainsi obturé, pourra être abandonné dans le ventre ou fixé à l'angle interne de l'ouverture faite au péritoine pariétal.

Quant au bout supérieur, il sera fixé par son contour aux lèvres de l'incision abdominale.

On peut se demander ce que deviendra le bout inférieur du tube digestif, ainsi isolé. L'histoire de l'anus

contre nature, nous apprend que ce bout s'atrophie et qu'après peu de temps, il est réduit à une espèce de cordon. Aussi, pensons-nous qu'il n'y a pas lieu d'en tenir grand compte dans le deuxième temps de l'opération, l'extirpation de la tumeur rectale. Il sera, bien entendu, préalablement lavé par des irrigations. Il est à supposer que sa persistance n'entraînera pas de fistule périnéale.

Devra-t-on faire l'anus contre nature et l'extirpation dans une même séance ou en deux séances successives ? Nous croyons plus prudent d'attendre la guérison de la première opération pour pratiquer la seconde. Cependant, on serait conduit à exécuter les deux temps dans une même séance, dans deux circonstances opposées : 1° s'il y avait urgence à pratiquer l'extirpation ; 2° si on jugeait le malade capable de supporter les deux opérations.

OBSERVATION

Marie L..., ménagère, 61 ans, entrée le 7 janvier 1884, salle St-Paul.

Pas d'antécédents pathologiques intéressants; rien du côté de l'hérédité.

Réglée à 18 ans; ménopause à 35 ans; sept enfants, dont un seul survit, les autres sont morts en bas âge.

Début apparent de la maladie, il y a un an, par un petit bouton peu douloureux, situé sur le côté gauche de l'anus.

Quand la malade entra à l'hôpital, ce bouton s'était agrandi, ulcéré; il existait de vives douleurs au niveau de l'anus et de l'incontinence des matières fécales. Le lit était souillé continuellement et par l'ichor cancéreux et par des matières fécales diarrhéiques. Mais il y avait de plus des selles volontaires et par intervalles de légers accès de rétention, auxquels on remédiait par l'administration d'un purgatif.

A ce moment, le cancer était déjà assez étendu pour que M. Létievant le jugeât inopérable, autant à cause de la vaste infiltration périnéale que des limites élevées de la tumeur et de l'envahissement du tissu cellulaire péri-rectal. En avant, la tumeur, qui avait envahi la cloison recto-vaginale, pouvait être dépassée par le doigt; en arrière, on sentait avec peine

les limites supérieures de la tumeur. Le périnée était tuméfié, induré, ulcéré dans sa partie infundibulaire; l'induration s'étendait à gauche, jusqu'au voisinage de l'ischion.

Jusqu'au 2 mai 1884, on n'eut recours à aucun traitement chirurgical. A cette époque, M. Pollosson ayant suggéré de faire l'extirpation de la tumeur après établissement d'un anus contre nature, M. Létievant accepta la proposition et il fut convenu que la méthode nouvelle serait appliquée en deux temps successifs.

A ce moment, la tumeur avait augmenté de volume; l'ulcération périnéale s'était étendue; le doigt n'atteignait qu'avec peine les limites supérieures du néoplasme adhérent aux tissus péri-rectaux.

Les douleurs étaient intenses dans la région anale gauche, et la malade demandait chaque jour une intervention. Le lit était souillé incessamment par l'ichor cancéreux et les matières fécales qui s'écoulaient continuellement contre la volonté de la malade.

Opération. — Le 2 mai 1884, MM. Létievant et Pollosson établirent un anus contre nature dans la région iliaque gauche. L'opération ayant été commencée suivant la méthode de Littre, l'S iliaque se présenta après l'ouverture du péritoine sous l'aspect d'une légère hernie. M. Pollosson fit alors la section de l'intestin jusqu'au mésentère. On mit le doigt dans l'un et l'autre bout de l'intestin pour reconnaître le bout inférieur; dans ce dernier, le doigt se dirigeait vers le bassin, dans l'autre bout vers le flanc gauche. Afin d'éviter toute erreur, on plaça une grosse sonde dans le bout présumé inférieur d'après sa direction et on demanda une injection de lait. Comme l'injection se faisait attendre, M. Pollosson se dévoua à souffler par la sonde : l'air s'échappa par l'orifice anal.

Le bout inférieur reconnu, on invagina son extrémité dans son calibre. Quatre points de suture au catgut, passés d'une face à l'autre de l'intestin aplati, en amenèrent la fermeture. Pour plus de sûreté, au lieu d'abandonner le bout fermé dans

la cavité abdominale, on le fixa au moyen d'un fil métallique entre les deux lèvres de l'angle inféro-interne de la plaie abdominale.

Le bout supérieur fut fixé par son pourtour à l'ouverture abdominale au moyen de six fils métalliques placés à distance égale et affrontant le péritoine viscéral au péritoine pariétal.

La malade renvoyée à son lit, on plaça sur l'orifice des compresses phéniquées.

Suites de l'opération. — Le soir même, la malade eut une selle, malgré l'administration d'une potion à l'extrait thébaïque; depuis les selles ont toujours été régulières. Il n'y eut un peu de météorisme que le deuxième jour de l'opération; il céda à une injection d'eau tiède dans le nouvel anus, injection qui amena une débâcle. Dans les huit premiers jours, la malade eut un peu de fièvre avec rougeur et douleur au pourtour de la plaie, mais jamais de vomissements ni de signes de péritonite. Les symptômes d'inflammation locale étaient dus à un petit abcès qui se forma dans la paroi, autour d'un des fils métalliques, et qui se vida spontanément.

Au bout de ce temps, la plaie prit bonne tournure et quand, quinze jours après, on enleva les fils métalliques devenus lâches, l'adhérence de l'intestin était parfaite.

Pendant les trois premières semaines qui suivirent l'opération, la malade parut singulièrement améliorée. Les douleurs périnéales n'avaient pas disparu, mais elles étaient moins vives. Mais, ce qui frappait surtout, c'étaient les modifications éprouvées par la tumeur dont la partie périnéale avait complètement changé d'aspect. La tuméfaction inflammatoire entretenue jusqu'à ce jour par le passage incessant des matières avait cessé. La tumeur avait diminué de moitié dans cette portion périnéale; la surface ulcérée, lavée et pansée à l'iodoforme, avait pris un aspect de bonne nature, et on crut, pendant quelques jours, non seulement que l'extirpation du rectum pourrait être pratiquée, mais même qu'elle serait bien plus simple qu'on ne l'avait supposé à l'avance.

Malheureusement, les choses changèrent dans le cours de la semaine suivante. La grande lèvre se tuméfia, les douleurs devinrent vives le long de l'ischion gauche. Un mois après l'opération, la grande lèvre gauche était devenue elle-même cancéreuse et le néoplasme se présentait sous forme d'une masse indurée appliquée contre l'ischion. De plus, la malade pâlit et l'état général, jusqu'alors bon, déclina sensiblement.

Un mois et demi après l'établissement de l'anus, la malade fut montrée à M. le professeur Ollier qui ne jugea pas prudent de pratiquer l'extirpation de la tumeur se fondant surtout sur l'état cachectique de la malade. Actuellement, trois mois bientôt après l'opération, la tumeur ne s'est guère modifiée depuis le dernier examen qui avait indiqué l'envahissement de la grande lèvre et de la fosse ischio-rectale gauche, la malade est évidemment cachectique sans engorgement ganglionnaire ou généralisation viscérale apparents; mais les fonctions intestinales s'exécutent bien. Les matières fécales ne s'écoulent qu'à intervalles éloignés et quelquefois la malade reste quatre ou cinq heures sans être salie. L'anus contre nature apparaît sous forme d'un orifice rosé, légèrement saillant.

Réflexions. — Dans ce cas particulier, M. Létievant n'avait pas cru devoir intervenir par l'extirpation simple à cause des limites élevées de la tumeur difficilement dépassables avec le doigt, de ses adhérences à la cloison recto-vaginale et au tissu cellulaire péri-rectal, de la vaste infiltration cancéreuse du périnée.

Il eût fallu faire subir à la région une perte de substance considérable, remontant très-haut, sans espoir de pouvoir attirer le rectum pour le fixer à la peau. Le péritoine aurait pu être intéressé; une grande cavité irrégulière aurait été creusée dans le tissu cellulaire périnéal, cavité exposée aux infiltrations stercorales et aux infections septiques.

D'autre part, la malade n'était pas cachectique, on ne

sentait pas de ganglions envahis, le mode de début de la tumeur, son aspect, son développement effectué en partie aux dépens de la peau, son aspect bourgeonnant pouvait faire croire à un épithélioma.

On était donc précisément dans les conditions que nous avons données comme étant favorables à l'extirpation après opération préliminaire.

Malheureusement, l'état général a commencé à devenir mauvais trois semaines après l'établissement de l'anüs contre nature, et à cette époque, la tumeur a pris une nouvelle extension.

Faut-il incriminer l'opération et dire : « Une intervention chez une cancéreuse a donné un coup de fouet à la diathèse. » Nous ne le croyons pas, parce que l'aggravation s'est produite trop tard pour justifier une telle interprétation, parce qu'elle a été précédée, au contraire, d'une amélioration notable dans la marche de la tumeur.

Il est plus rationnel d'expliquer les choses de la façon suivante : Au moment où l'on est intervenu, le néoplasme était arrivé à gauche, au voisinage de la branche ascendante de l'ischion ; à ce moment, par la marche naturelle de la tumeur, avant qu'on ait eu le temps de faire l'extirpation, il a envahi, creusé la grande lèvre jusqu'alors intacte, la grande lèvre, région riche en vaisseaux lymphatiques ; dès lors s'est faite par cette voie l'infection générale dont on eut à ce moment les premiers signes.

Nous pensons qu'on est intervenu trop tard et qu'on aurait obtenu un bon résultat si on avait agi deux mois auparavant. M. Pollosson, qui était alors chargé de la malade, avait songé déjà à cette époque à lui appliquer la nouvelle méthode opératoire, mais avait reculé devant l'initiative personnelle de ce nouveau mode d'intervention.

Disons toutefois, pour justifier l'opération pratiquée, qu'au 2 mai, la malade ne présentait pas encore de signes d'infection générale. Du reste, elle n'a pas eu à regretter l'établissement de l'anüs anormal ; car, si la tumeur n'a pas été arrêtée dans

sa marche, les fonctions digestives se sont accomplies régulièrement. Une incontinence présente a été supprimée; une obstruction intestinale possible a été évitée.

On ne peut reprocher à l'établissement de l'anus anormal avec oblitération qu'une chose, c'est peut-être d'avoir prolongé une existence qui n'avait rien d'attrayant. Reste à savoir s'il vaut mieux laisser mourir plus vite que de faire durer la vie dans les conditions où se trouve un sujet atteint de cancer très douloureux du rectum.

CHAPITRE IV

DE L'OBLITÉRATION DU BOUT INFÉRIEUR DE L'INTESTIN DANS LA COLOTOMIE PALLIATIVE POUR CANCER DU RECTUM

L'observation que nous venons de publier est peut-être la seule qui existe dans la science de colotomie avec oblitération du bout inférieur pour cancer rectal. Bien qu'elle n'ait pas été pratiquée dans le but spécial de la cure palliative, elle peut servir, dans une certaine limite, à apprécier ce mode d'intervention.

Ainsi que l'a indiqué M. Pollosson (1), l'idée d'oblitérer le bout inférieur de l'intestin dans l'établissement de l'anus contre nature est très ancienne. Littre la mettait en pratique avant 1700, dans la hernie étranglée et gangrenée. Après avoir assujéti le bout supérieur à l'anneau, il liait le bout inférieur (2).

(1) Maurice Pollosson, *loc. cit.*

(2) Louis, *Sur la cure des hernies avec gangrène. Mém. de l'Ac. royale de chir.* t. VIII, p. 65.

Cette manière de faire avait pour but de forcer les fèces à passer en totalité par le bout supérieur fixé à la plaie et de s'opposer au rétablissement du cours des matières. Les anciens chirurgiens redoutaient, en effet, beaucoup le rétrécissement de l'intestin, qui se produit quelquefois dans la guérison spontanée de l'anus contre nature au niveau de la perforation intestinale.

Au mois de juin 1883, M. Maurice Pollosson, qui avait pris connaissance de ce procédé de Littre dans les recherches qu'il venait de faire pour sa thèse d'agrégation, ayant eu à argumenter la thèse de M. Piéchaud sur le traitement du cancer du rectum, eut l'idée de faire précéder l'extirpation du rectum de la colotomie avec oblitération du bout inférieur; il songea aussi à appliquer cette modification à la colotomie palliative.

Au congrès de Rouen, dans la séance du 22 août 1883, M. Duménil fit part d'une oblitération du bout inférieur de l'intestin qu'il avait pratiquée à la suite d'une colotomie lombaire, faite pour amener la guérison d'une fistule recto-vésicale.

M. Duménil avait d'abord exécuté la colotomie simple; la fistule ne se fermant pas, il chercha à faire la dérivation complète du cours des matières, en obstruant le bout inférieur. Pour cela, il se servit de l'éperon qu'il sutura au bord inférieur de la circonférence de l'anus lombaire. La malade mourut d'érysipèle. Le 13 avril 1884, M. Madelung, de Rostock, parla, au congrès de la Société allemande de chirurgie, d'une modification de la colotomie dans les

cas de carcinome du rectum. Cette proposition fut connue à Lyon par le compte rendu de la *Semaine médicale*, du 8 mai 1884. A lire cette relation, on pourrait croire que Madelung a pratiqué l'opération.

Le compte rendu de la même séance du 13^e congrès dans le *Centralblatt*, dont on nous a fait la traduction, dit simplement que l'auteur *propose* de faire non seulement une ouverture au colon, mais de sectionner complètement l'intestin et de fermer le bout inférieur, mais il n'y est pas fait mention de l'exécution de ce temps opératoire.

Le 2 mai 1884, M. Pollosson avait mis à exécution cette modification comme opération préliminaire de l'extirpation et, le 5 mai 1884, il la proposait à la Société de médecine de Lyon comme temps complémentaire de la colotomie dans la cure palliative du cancer du rectum.

Nous ne pouvons juger d'après des faits cette modification à la colotomie palliative. Nous nous demandons quelle objection peut lui être adressée. Quand on établit un anus contre nature pour remédier aux symptômes d'obstruction déterminés par la présence d'un cancer rectal, on n'a pas l'espoir de voir le cours des matières se rétablir; on ne cherche pas, on tâche de prévenir, au contraire, l'occlusion de la fistule stercorale.

D'autre part, l'action de fermer le bout inférieur ne rend pas l'opération plus périlleuse quand on a recours à la méthode de Littre, comme le conseille M. Pollosson; tout s'est bien passé de ce côté chez la malade dont nous avons publié l'observation.

Nous avons dit plus haut que le même temps opératoire, ajouté à la colotomie lombaire, étant difficile à exécuter, compliquait l'opération si on voulait recourir à l'incision complète du diamètre de l'intestin qui nécessitait l'ouverture du péritoine; que si on utilisait l'éperon, comme l'a fait M. Duménil, en le suturant au bord de la fistule stercorale, on se plaçait dans des conditions d'une autoplastie intestinale inférieure à celle qui repose sur le principe de l'adossement des séreuses, et on s'exposait à voir échouer les sutures en présence des matières fécales.

L'occlusion du bout inférieur, ou plutôt la dérivation complète présente, par contre, de grands avantages.

Le passage d'une quantité même minime de matières fécales sur la tumeur contribue, dans quelques cas, à entretenir les douleurs; ces matières irritent la tumeur et accélèrent sa marche. Pollosson et Madelung ont fait remarquer que la modification nouvelle s'opposait à ces inconvénients.

Madelung a dit encore qu'on évitait ainsi les accumulations de matières fécales dans le rectum et leur retour jusqu'à l'anus anormal. M. Pollosson a appelé aussi l'attention sur la suppression d'un accident qu'on observe quelquefois à la suite de la colotomie lombaire et qui a été signalé par M. le professeur Poncet; cet accident est le rétrécissement de la fistule stercorale qui nécessite des dilatations consécutives, la présence d'une canule à demeure. Ce qu'on sait de la physiologie pathologique des fistules permet de prévoir que l'anus anormal n'aura aucune tendance

à se fermer quand les matières n'auront pas d'autre issue.

Enfin, on supprimera une voie inutile d'écoulement des matières fécales. Les avantages offerts par l'oblitération du bout inférieur, et la commodité plus grande qu'il y a à l'obtenir dans la méthode de Littré, contribueront peut-être à faire adopter dans l'avenir la colotomie iliaque, de préférence à la colotomie lombaire par la majorité des chirurgiens.

Peut-être, au lieu d'obtenir la dérivation complète par oblitération, serait-il bon de la réaliser en fixant à l'ouverture abdominale les deux bouts de l'intestin. On utiliserait dans ce cas l'orifice du bout inférieur pour faire des lavages détersifs et antiseptiques de la surface cancéreuse du rectum.

CONCLUSIONS

1° Quand on dépouille les observations d'extirpation du rectum pour cancer, on reconnaît que cette opération donne une mortalité considérable (25 à 30 0/0).

Les causes de mort les plus fréquentes sont les complications inflammatoires locales : péritonite, cellulite pelvienne, phlébite, ou générales : pyohémie, érysipèle.

On peut attribuer la fréquence de ces complications aux conditions particulières de la région ano-rectale qui est exposée au contact des matières fécales, matières éminemment septiques, et à l'impossibilité d'appliquer la méthode antiseptique dans toute sa rigueur.

2° On peut, par une opération préliminaire, rendre la région aseptique et y permettre l'antisepsie.

Cette opération préliminaire consiste à établir un

anus contre nature sur le colon et à s'opposer, par un artifice opératoire, au passage des matières dans le bout inférieur.

On transforme ainsi le cancer du rectum en un cancer du bassin.

3° Cette méthode opératoire, proposée par M. Maurice Polosson, nous paraît indiquée dans les cas suivant :

Quand il existe un cancer du rectum ne s'accompagnant pas de généralisation ou d'infection, mais trop étendu pour qu'on puisse tenter l'extirpation simple sans danger de complication inflammatoire susceptible d'entraîner la mort.

Nous jugeons qu'il en est ainsi lorsque la tumeur est assez élevée pour exposer à l'ouverture ou au décollement du péritoine ; lorsque la tumeur ayant contracté des adhérences avec les organes voisins ou envahi le tissu cellulaire péri-rectal, il faut, pour l'enlever créer un foyer traumatique vaste et anfractueux exposant aux inflammations diffuses du tissu cellulaire.

On se contentera de l'extirpation sans opération préliminaire lorsque la tumeur sera mobile, ne s'élèvera pas jusqu'au voisinage du péritoine, n'exposera pas à l'ouverture de cavités naturelles, le vagin excepté.

4° On établira de préférence l'anus anormal dans la fosse iliaque gauche suivant la méthode de Litre.

Pour la fermeture du bout inférieur, on aura re-

cours au principe de l'adossement des séreuses qu'on obtiendra par l'invagination dans le calibre de l'intestin d'un centimètre environ de ce bout inférieur, invagination maintenue par quelques points de la suture de Lembert.

Si l'on avait quelque espoir de rétablir ultérieurement la continuité du tube intestinal, au lieu de fermer le bout inférieur, on le fixerait simplement à l'ouverture abdominale comme on le fait pour le bout supérieur. On créerait ainsi un éperon suffisant pour s'opposer à la circulation des matières, mais susceptible d'être sectionné par l'entérotome.

5° Quand on fait la colotomie comme opération palliative dans le cas de cancer rectal, il est bon d'ajouter comme temps complémentaire à l'établissement de l'anus anormal l'oblitération du bout inférieur.

6° Le principe de la dérivation complète, transitoire ou définitive, du cours des matières intestinales serait susceptible d'autres applications chirurgicales concernant le rectum ou des parties plus élevées du tube digestif, soit dans le but de rendre aseptique une région opératoire, soit dans des buts différents.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie générale et histologie. — Tissu conjonctif et ses variétés.

Physiologie. — Phénomènes chimiques de la respiration. — Evaporation pulmonaire.

Physique. — Propriétés physiques des muscles et Mécanisme des organes de la locomotion.

Chimie. — De l'urée. — Composition. — Synthèse. — Propriétés. — Dosage dans l'urine.

Zoologie et anatomie comparée. — Spongiaires. — Organisation. — Propriétés.

Matière médicale et botanique. — Décrire les diverses sortes de salsepareilles. — Structure et fonctions des racines.

Pathologie externe. — Des tumeurs irritables et des tumeurs douloureuses.

Pathologie interne. — Des angines.

Thérapeutique. — Du mercure.

Hygiène. — De l'asphyxie par le froid.

Accouchements. — Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

Pathologie générale. — Définition de l'espèce morbide.

Ophthalmologie. — Existe-t-il un centre des mouvements de l'œil? Où est-il placé?

Médecine opératoire. — De la ligature des artères.

Anatomie. — Des aponévroses du cou.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Du chancre infectant.

Anatomie pathologique. — Des ulcérations en général.

Médecine légale. — Des signes de la macération du fœtus dans l'utérus.

Médecine expérimentale et comparée. — Du mode de production de la pustule maligne.

Cliniques médicales. — Des complications pulmonaires de la fièvre typhoïde. — Diagnostic et traitement de l'asystolie.

Cliniques chirurgicales. — Des pseudarthroses et des diverses causes qui s'opposent à la formation du cal. — Des fractures de la colonne vertébrale.

VU :

Le Président de Thèse,
PONCET.

Vu : *Le Doyen,*
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,
E. CHARLES.

